

AUTORIZACIÓN Y DESCARGO

RELACIÓN LEGAL ENTRE EL CENTRO QUIRÚRGICO Y LOS MÉDICOS: Entiendo que todos los médicos que prestan servicios al paciente, incluido el médico del paciente, y cualquier especialista como un anestesiólogo, enfermero anestesiólogo registrado y certificado (CRNA, por sus siglas en inglés), un asistente médico y un patólogo son contratistas independientes con el paciente y no son empleados o agentes del centro quirúrgico. El paciente está bajo el cuidado y la supervisión de su médico y es responsabilidad del centro quirúrgico y de su personal seguir las instrucciones del médico. Es responsabilidad del médico del paciente explicar la naturaleza de los servicios que se prestan y obtener el consentimiento informado del paciente para el tratamiento o los procedimientos médicos o quirúrgicos. Cualquier pregunta relacionada con el procedimiento o los resultados de cualquier examen o tratamiento debe dirigirse al médico del paciente.

Iniciales: _____

SERVICIOS PROFESIONALES: El paciente recibirá el servicio profesional de su cirujano y también podrá recibir los servicios de otros profesionales de la salud, incluido un asistente médico, mientras se encuentre en el centro, además recibirá anestesia durante el procedimiento o la prueba de laboratorio/patología para un diagnóstico patológico. Estos servicios son facturados por separado por los médicos y/o laboratorios independientes. Es posible que otros proveedores no tengan un contrato con la compañía de seguros de salud de la persona cubierta y que se considere que están fuera de la red. En los casos en que los servicios se prestan fuera de la red, los servicios pueden generar cargos adicionales por los cuales la persona cubierta puede ser responsable, además de cualquier coseguro, deducible y copago aplicable bajo el contrato de seguro médico del paciente.

Iniciales: _____

OBJETOS PERSONALES: Se acuerda y entiende que el centro quirúrgico no será responsable de ningún efecto personal que el paciente lleve al centro quirúrgico, incluyendo pero sin limitarse a dinero, joyas, documentos, dentaduras postizas, anteojos o cualquier otro artículo.

Iniciales: _____

NOTIFICACIÓN DE PROPIEDAD DEL MÉDICO EN EL CENTRO QUIRÚRGICO: Entiendo que mi médico puede ser propietario del Delaware Surgery Center. Entiendo que tengo la opción de elegir otra instalación en la que obtendré los servicios que han sido ordenados por mi médico.

Iniciales: _____

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA Y RESPONSABILIDAD FINANCIERA: Autorizo a Delaware Surgery Center para que obtenga o divulgue informes de mi evaluación, tratamientos y cualquier evaluación de seguimiento para que se envíen o discutan con el médico que me refiere, el médico que solicita la consulta, mi médico o médicos de familia, así como cualquier otro proveedor de atención médica, centro hospitalario o ambulatorio que tenga o identifique con usted. Puede ser necesario obtener esta información para que el Centro quirúrgico pueda llevar a cabo actividades de evaluación y mejora de la calidad relacionadas con la evaluación a cargo de expertos y/o la evaluación de resultados relacionados con el evento o la transferencia hospitalaria.

Estoy de acuerdo, en la medida en que sea necesario, con que el centro quirúrgico pueda divulgar partes de mi historial financiero y/o médico a cualquier persona o entidad que es o puede ser responsable de la totalidad o parte de los cargos del Centro (incluyendo, pero sin limitarse a, compañías de seguros, planes de servicios de atención médica o compañías de compensación de trabajadores) para determinar la responsabilidad por el pago y para obtener un reembolso. Ya sea que firme como paciente o su agente, teniendo en cuenta los servicios prestados, estoy de acuerdo en hacerme personalmente responsable de pagar al Centro por dichos servicios, de acuerdo a las tarifas regulares y los términos del Centro si mi compañía de seguros deniega el pago. También seré responsable de cualquier deducible o copago adeudado en el momento de los servicios. Si esta cuenta se envía para su cobro a cualquier abogado o agencia de cobranza, pagaré todos los honorarios del abogado y gastos de cobranza relacionados, si la cuenta del paciente es morosa. Seré responsable de pagar al Centro el interés sobre el saldo total pendiente a la tasa máxima permitida por ley. Mediante el presente documento certifico que la información que proporcioné al solicitar el pago bajo los Títulos XVIII y XIX de la Ley del seguro social o mediante cualquier otro pagador es correcta. He asignado al Centro quirúrgico todos los beneficios que me corresponden bajo los términos de dichas políticas y programas, sin exceder los cargos regulares del Centro por servicios similares. Autorizo el pago de beneficios médicos al centro quirúrgico por los servicios prestados.

Iniciales: _____

VOLUNTAD ANTICIPADA/TESTAMENTO EN VIDA: El Delaware Surgery Center, LLC es un centro quirúrgico para pacientes ambulatorios en el que solo se realizan procedimientos electivos. Se presume que todos los pacientes han otorgado su consentimiento para todas las medidas de reanimación al firmar el consentimiento para la cirugía. Los pacientes no están obligados a tener una Voluntad anticipada; sin embargo, si usted tiene una Voluntad anticipada, se le solicitará una copia y si la entrega, será colocada en su expediente médico el día de la cirugía. Entiendo que en caso de una situación en la que mi vida esté en peligro, se iniciarán las medidas de emergencia o reanimación. El paciente será trasladado al hospital más cercano según sea necesario. Una copia de la Voluntad anticipada se enviará con el paciente en caso de un traslado.

El formulario oficial de la Voluntad anticipada del estado de Delaware está disponible a solicitud o se puede descargar en: www.dhss.delaware.gov/dsaapd/advance1.html **Iniciales:** _____

PRIVACIDAD, DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL PACIENTE: Entiendo que Delaware Surgery Center (el "Centro") es un proveedor de atención médica, y que puede compartir mi información de salud para el tratamiento, la facturación y las operaciones del cuidado de la salud. Se me ha proporcionado una copia del Aviso de prácticas de privacidad del Centro que describe cómo se usa y comparte mi información de salud.

Soy consciente de que tengo el derecho de revisar el Aviso antes de firmar este formulario. Como se indica en el Aviso, los términos del Aviso pueden cambiar, pero nos reservamos el derecho de cambiarlos y hacer que el Aviso revisado sea efectivo para la información de salud que ya tenemos sobre usted, así como la información que recibamos en el futuro. Si se cambia cualquier disposición importante del Aviso de prácticas de privacidad, se me proporcionará una copia revisada del Aviso en el momento de mi próxima cita.

Puedo comunicarme con la oficial de Privacidad del Centro, Jennifer Anderson al 302-736-3710, si tengo alguna pregunta sobre este Aviso.

He rechazado una copia del Aviso de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Declaración de derechos del paciente

He recibido una copia del Aviso de privacidad de la Ley de portabilidad y responsabilidad de seguros médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés) y la Declaración de derechos del paciente

Usted puede analizar mi condición o mis resultados con: _____ Relación: _____

Usted puede dejar un mensaje sobre mi condición o resultado e información en cuanto a las llamadas telefónicas posoperatorias.

Al firmar este formulario, mediante el presente reconozco y entiendo todo lo mencionado anteriormente.

Nombre: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Representación legal del paciente; relación con el paciente: _____

SOLO PARA USO DEL DELAWARE SURGERY CENTER, LLC

En caso de no obtener el Acuse de recibo

Se debe llenar solo si no se obtuvo una firma. Si no es posible obtener el acuse de recibo del paciente, describa los esfuerzos realizados de buena fe para obtener el acuse de recibo del paciente y las razones por las que no se obtuvo: _____

Firma del representante de Delaware Surgery Center, LLC: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta del representante de Delaware Surgery Center, LLC: _____